

University of Groningen

De ziekenhuispatient; een descriptief-, een historisch- en een experimenteel-psychologisch onderzoek van de ziekenhuissituatie.

Bremer, Joost Jan Christiaan Benedikt

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1963

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Bremer, J. J. C. B. (1963). *De ziekenhuispatient; een descriptief-, een historisch- en een experimenteel-psychologisch onderzoek van de ziekenhuissituatie*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

7. NABESCHOUWING

Nu we ook beschikken over een model van het ziekenhuis in experimenteel-psychologische vorm, blijft de opgave over om de diverse beelden waarin het ons na verschillende belichtingen voor ogen staat met elkaar te confronteren.

Ook zonder nadere kennisneming heeft ieder reeds een vaag prereflexief beeld van het ziekenhuis. In het voorbewuste, ongedifferentieerde beeld verschijnt het reeds als een bijzonder oord, waar men beter niet terecht kan komen, maar waarop anderen aangewezen zijn.

Fenomenologische beschrijving verduidelijkte de veranderingsmogelijkheden, die ontstaan wanneer het binnen de horizon van het eigen bestaan van de zieke wordt gebracht vanaf het moment dat hem opneming wordt aangezegd. Het ging zijn gezicht tonen van gedwongen verblijfplaats die zowel beperking van vrijheid en zelfstandigheid als de veiligheid van de vluchtheuvel kan opleveren. Veel bleef echter bij deze beschrijving ongreepbaar en onduidelijk. Niet alleen omdat de gang naar het ziekenhuis, het verblijf aldaar en het vertrek naar huis zo sterk aan variaties onderhevig zijn, maar ook omdat ons als toeschouwer bij ons zicht op het ziekenhuis-panorama te veel beperkingen in de weg stonden. Bij de daarop ondernomen historisch-psychologische speurtocht naar de wordingsgeschiedenis van het ziekenhuis tot aan zijn huidige vorm, kregen we meer te zien. Het bracht een verscherping van het beeld door het perspectief van de verandering in de loop der tijden. In dit perspectief tekende zich het veranderlijke en het blijvende duidelijker af. De scheiding, die het ziek-zijn met zich meebrengt tussen de wereld van de zieke en die van de gezonde, vindt in de historische verandering van het ziekenhuis een toenemende bevestiging.

De mogelijkheden van een vlucht voor benauwende opgaven van zijn dagelijks bestaan en van een verbanning uit de aantrekkelijke beloften daarvan voor de zieke zelf gingen zich scherper aftekenen.

De ambiguïteit van het ziekenhuis als tegelijkertijd toevluchtsoord en oord van verbanning en verschrikking tekende zich steeds duidelijker af.

Bij de methodologische overwegingen¹ rees de vraag of het aangetroffen *historisch-psychologisch* perspectief uitmondt in en aansluiting geeft op de fenomenologische en experimenteel-psychologische analyse van de huidige ziekenhuissituatie. De zinvolle continuïteit, die zich presenteerde in de geanalyseerde aspecten, bevestigde deze vraag. Een belangrijke winst was

¹ Zie 6.1., p. 108.

echter, dat door een historisch-psychologische beschouwing de verschijningsvorm van het ziekenhuis meer vatbaar werd voor een expliciterende beschrijving.

Zo vaak als terecht het verleden wordt betrokken in psychodiagnostische beschrijvingen van personen, zo weinig gebeurt dit ten onrechte bij psychologische research met niet-individuele objecten. Gezien de samenhang tussen de grondslagen van de historische veranderingen in de wijze van leven en beleven en die van de actuele relatie „gedrag – situatie”, heeft verwaarlozing van historisch-psychologische analyse van het onderzoeksterrein nadelige konsekwenties voor het nagestreefde psychologisch inzicht. Tot deze stelling, als hypothese ter nadere toetsing gegeven, bracht ons de confrontatie van de ziekenhuisbeelden zoals deze resulteerden uit een historisch-psychologische beschouwing enerzijds en fenomenologische en experimenteel-psychologische benadering anderzijds.

Wanneer we vervolgens de *experimenteel-psychologische* aanpak stellen tegenover de fenomenologisch- en historisch-psychologische, dan rijzen o.a. de volgende vragen:

- a. In hoeverre is experimentele exploratie van een onderzoeksterrein mogelijk zonder fenomenologisch- en/of historisch-psychologisch vooronderzoek?
- b. Biedt experimenteel onderzoek op psychologisch gebied informatie, welke met de beide andere methoden onbereikbaar is en zo ja van welke aard is deze informatie?
- c. Zijn de talen, waarin de onderscheiden methoden het object van onderzoek beschrijven, over en weer vertaalbaar?

Nog afgezien van de kentheoretische implicaties van deze vragen zullen wij ons hebben te realiseren dat zij van zo verstrekkende aard zijn, dat zij zich in het kader van deze studie niet laten beantwoorden. Wel is het mogelijk onze meervoudige benadering van het ziekenhuis in dit perspectief te bezien en met onze ervaringen wat betreft het gebruik van diverse entree's tot de psychologie van het ziekenhuis te trachten een enkele bijdrage te leveren tot de discussie over genoemde vragen.²

Op de vraag, in hoeverre experimenteel onderzoek mogelijk is zonder voorafgaande fenomenologisch- en/of historisch-psychologische analyse, kunnen we na het voorafgaande slechts weinig méér zeggen. Zonder genoemd vooronderzoek bestaat er ten koste van de vruchtbaarheid van het experiment het gevaar van gemiste kansen en onnodige onzekerheden. In deze ziekenhuisstudie werd het experimenteel onderzoek gebruikt in de vorm van een illustrerend experiment.

Zowel voor de opzet als de interpretatie van de bewerkte resultaten had dit uiteraard de konsekwentie, dat het experiment geen functie vervulde

² Zie A. D. DE GROOT – *Methodologie*. 's-Gravenhage, 1961, s. STRASSER – *Fenomenologie en empirische menskunde*. Arnhem, 1962 en M. MULDER – Het situatiebegrip in de moderne psychologie. *Ned. T. v. Psychol.*, 9, 1954, p. 149.

welke geheel onafhankelijk en zelfstandig was ten opzichte van het fenomenologisch- en historisch-psychologisch onderzoek. Het onderzoek bij ziekenhuispatiënten met behulp van de semantische differentiaal bevestigt de verwachting, dat althans sommige psychologische experimenten wat betreft opzet en interpretatie niet zinvol mogelijk zijn zonder een dergelijk vooronderzoek.

Door te spreken over de interpretatie van de bewerkte resultaten raakten we reeds aan de volgende vraag, namelijk of experimenteel-psychologisch onderzoek op zich nieuwe informatie geeft en zo ja, van welke aard deze is. Ieder experiment is te beschouwen als registratie van een aspect van de objectiveerbare werkelijkheid. Bij dit registreren wordt deze werkelijkheid gereduceerd tot gefixeerd object. Wanneer we de vraag naar de aard van proefondervindelijke informatie toetsen aan de ervaring, opgedaan bij de experimentele benadering van het ziekenhuis, dan dringt zich een vergelijking op met een andere vorm van registratie, de fotografie.

Onze experimentele resultaten zijn immers zeer wel te beschouwen als vergrotingen van een soort onscherpe voorstellingen van het ziekenhuis, zoals zieken die voor zichzelf hebben.

In de loop van de analyse van de onderzoeksbevindingen ondervonden we herhaaldelijk de hinderlijke beperking van de speciale instelling van de experiments-camera. Het aantal onderzochte begrippen kan evenmin ongelimiteerd zijn als het beeldoppervlak bij een fotografische opname. De gevoeligheid van de film had zijn equivalent in die van de contrast-profielen. Het soort begrippen en polariteiten vormden als het ware de opstelling van de registrerende apparatuur, terwijl deze opstelling onze zienswijze op het onderzoeksobject fixeerte tot die van een bepaalde kant en met een bepaalde figuur – achtergrond verhouding, bijv. die van ziekenhuis- en referentiebegrippen.

De gebruikte methodiek, i.c. de semantische differentiaal, bepaalde de belichting van het onderwerp. Zomin als foto-opnamen compleet nageemaakt kunnen worden tenzij het volledig kunstlicht-opnamen zijn, evenmin zijn psychologische experimenten herhaalbaar tenzij het onnodig kunstmatige proefopstellingen betreft. Toch maakten onze onderzoeksbevindingen het mogelijk meer over het ziekenhuis te zeggen en wel op een wijze, die overeenkomst vertoont met de voortzetting van een reisbeschrijving aan de hand van foto's. De belevingskwaliteiten van bijv. een landschap kunnen door een foto slechts worden opgeroepen wanneer wij zelf in dat of een soortgelijk landschap waren. Ook onze onderzoeksresultaten bleken ons slechts iets te zeggen te hebben voorzover we het ziekenhuis hadden leren kennen. Zij detailleerden ons inzicht. Door de factoranalytische kleuring met maat en getal van interne en externe relaties van het idee „ziekenhuis” brachten zij bepaalde facetten aan het licht, terwijl anderen verbleekten. Bovendien gaf het ons een ziekenhuisbeeld in handen, dat we steeds weer voor ogen kunnen halen. Ook hier de overeenkomst met de foto, die ons steeds kan tonen hoe het... was! Evenals bij de foto immers levert de ontwikkeling van het beeld, dat

het experiment vastlegde, een beeld van gisteren ofschoon het ook vandaag nog actueel kan zijn.³

In tegenstelling tot de dynamiek welke verschijnt bij fenomenologisch- en historisch-psychologische exploratie bieden de experimentele gegevens ons een statisch beeld als dat van een stopgezette film. De mogelijkheden voor nauwgezette detailstudie worden zodoende vergroot, maar tegelijkertijd wordt het beeld van het object c.q. het ziekenhuis ontdaan niet alleen van zijn Erlebnis- maar zelfs van zijn Geschehnis-karakter.

Desondanks was het van belang het ziekenhuis ook in de natuurwetenschappelijke, objectiverende terminologie der psychologie als empirische gedragswetenschap te beschrijven, omdat zonder een experimentele vertaling het origineel voor ons onvoldoende toegankelijk is. Wij verstaan immers HEYER maar al te goed wanneer hij schrijft: „dasz die Naturwissenschaft in ihrem Medium die Sprache entdeckt und formt, in welcher der metamorphosierende Geist das „Weltalphabet“ morgen sprechen will”.⁴ Een vertaling van het ziekenhuis in de taal van de empirische psychologie, is dat niet hetgeen het experimenteel onderzoek opleverde? Geen wezenlijk nieuwe informatie dus maar wel transcriptie van informatie.⁵ Voor de vergroting van inzicht, dat praktische toepassing toelaat, is voortzetting van deze vertaling vruchtbaar door middel van het experiment, dat tevens mogelijkheden biedt tot verificatie van ons inzicht in het „origineel”. Langs deze weg is de aansluiting te vinden bij de verworvenheden op andere terreinen van wetenschap in het algemeen en van de psychologie in het bijzonder. Het ziekenhuis en het geheel van de zorg voor lijdenden aldaar bleef toch al zo lang verstoken van de verworvenheden der empirische psychologie. Een zeker maatschappelijk en wetenschappelijk isolement is daaraan waarschijnlijk niet vreemd.

Dat ziek-zijn isoleert, bleek zowel bij fenomenologisch- als bij historisch-psychologische beschouwing en vond zijn bevestiging in de specifieke nosiciteits-factor, welke resulteerde uit experimenteel-psychologische analyse. Deze overeenstemming toont bijvoorbeeld dat de onderscheiden beschrijvingswijzen in deze studie gebezigd, over en weer in elkaar te vertalen zijn. Logischerwijs rest ons het *fenomenologisch* beeld afzonderlijk te vergelijken met de beelden, verkregen door historisch-psychologische en experimentele benadering. Bij de methodologische overwegingen deed zich daarbij speciaal de vraag voor in hoeverre het eerstgenoemde nog iets nieuws heeft toe te voegen aan de beide laatsten.

Na onze diverse speurtochten in en rond het ziekenhuis komt ons deze vraag nu vreemd voor. Het ziekenhuis fenomenologisch beschouwend waren we niet op zoek naar iets nieuws. Het was slechts, of liever zelfs, een

³ cf. „Wissenschaft ist nicht dazu da, das Lebendige so weit zu reduzieren, bis es in das sog. „exakte“ Schema passt, das immer von gestern stammt.” G. R. HEYER – Tiefenpsychologie als Grenswissenschaft. In: *Der Leidende Mensch*. Darmstadt, 1960, p. 292.

⁴ G. R. HEYER – l.c., 1960, p. 289.

⁵ „Statistical research is for the historian a good servant but a bad master.” Deze waar-schuwing van COLLINGWOOD geldt voor de psycholoog minstens evenzeer als voor de historicus. c.f. R. G. COLLINGWOOD – *The idea of history*. Oxford, 1946, p. 228.

speuren naar het aan ieder bekende en vertrouwde, dat echter zo moeilijk te onthullen bleek omdat het bedolven was onder het stof van het onmenselijke. Stof, dat binnen het ziekenhuis niet wordt gezien als vuil dat uit hygiënisch oogpunt ongewenst is, maar haast als een soort geestelijk-hygiënisch desinfectans in ere wordt gehouden.

Of het historisch- en experimenteel-psychologisch ontwerp mogelijk was geweest zonder een voorafgaande fenomenologische analyse is na het voorafgaande geen vraag meer. De ondernomen bestudering van het ziekenhuis geeft, voorzover zij reikt, de aanwijzing dat de drie gevolgde benaderingswijzen elkaar zo funderen en complementeren, dat noch de descriptieve, noch de historisch- noch de experimenteel-psychologische aanpak gemist schijnt te kunnen worden wanneer het gaat over psychologie van situaties, waar de omgang met mensen geïnstitutionaliseerd verloopt.

SUMMARY

In the present study the author has attempted to explore the living-world of the hospital patient. The emotional significance of the hospital situation for the patient admitted was approached via various psychological procedures.

After the reader has been made acquainted with the subject, the introduction discusses the question whether academic circles are showing any interest in our problem. The answer turns out to be little satisfactory (1.). The detrimental consequences for the patient of this state of affairs are shown. They are as many motives, theoretical as well as practical, for the importance, even the necessity, of a psychological investigation of the world of the hospital patient (2.).

After the presentation of the problem a critical analysis follows of one of the few empirical investigations into the patient/hospital relation, carried out by E. DICHTER et al. (3.). Both his findings and his interpretations of them are considered in detail because many of his views and attitudes are frequently met in the literature about the hospital patient. This analysis led to the following conclusions:

1. Concerning the situation in which the hospital patient finds himself, it is all but exclusively his personal, interhuman relations that have been investigated.
2. DICHTER has designed his doctrine of the hospital patient's needs against a background of a pragmatic, objectivistic image of man.
3. This theory of needs is built up out of psychoanalytical presuppositions.
4. The image of the hospital patient, consisting of needs and the urges to satisfy them, has been designed as a construction using behavioral mechanisms.
5. In the absence of any phenomenological and historical-psychological analysis of the hospital patient's situation the empirical findings were prematurely interpreted according to the explanatory hypotheses as mentioned sub 3-4. This restricts the possibilities of arriving at an adequate theory of the behaviour of the hospital patient.

These points could be used as warning signs for the present approach to the subject. Thus the author found there were three gateways to the living-world of the hospital patient, each of which presented a view of its own. In the subsequent chapters these three approaches are followed respectively by a phenomenological, an historical-psychological, and an experimental analysis of the hospital situation.

The author deliberately first chose the way of descriptive exploration. The considerations that made this choice desirable, even essential, are given in Chapter 2.

The phenomenological description (4) begins at the moment a patient hears he is to be admitted. Announcing a patient's hospitalisation may be considered as giving him an apologetic order to accept a resting-place within a hospital's walls. This notification results in a complete change of the patient's world. All things surrounding him present themselves in a different light, i.e. they have, to a certain degree, lost their actuality. The intentionality of the healthy individual towards the future recedes and with it a good deal of the appeal emanating from the material world. In this respect the admission confirms the change brought about in the physiognomy of the world by being ill.

The hospital has always been a place for others; its existence stands for safety. So long as we are in good health, however, its image remains only vague to us. We can hardly bring ourselves to set a foot within its precincts, not even in our imagination. But once the patient hears he is on the hospital list, his illness suddenly becomes grave to him. From that moment he can only wait his turn. Now if we try to follow the patient on his way towards and within the hospital, we are likely to get lost at various points owing to a diversity of directions, according to the nature and the seriousness of the illness, the patient's income group, the hospital's house regulations, etc.

Still, we may find some general characteristics of the hospital situation. It is a highly ambivalent one, at once frightening and fascinating, threatening and protective, serving and dominating, wounding and healing. Somewhere on the patient's way towards the bed assigned to him he begins to lose his identity. On the other hand, in the hospital more than anywhere else his body becomes something owned by him. At the same time it is his experience that he is largely identified with his body, in spite of the fact that owing to the various examinations his body, or parts of it, has become expropriated. It is a confusing situation, in which the patient, more than in any other situation, has the experience of losing his freedom to act. It is not only that the impediments coming in the wake of his illness will restrict such freedom, but also the fact that the whole course of things will hamper him in determining his personal conduct.

To every patient the heart of the hospital is in some other place than where he himself is lying, although he feels to be near to it, particularly so if he gets involved with the operation theatre. Owing to the shared lot, contact with other patients is established more easily than he had expected. The doctor comes to be the personification of that longing for recovery which fills the days of waiting. The nurse is the indispensable stand-by. Of all hospital workers she is the one to share most in the ups and downs of the patients.

Together with a change in the patient's "subjective" distance with regard to his own body and the objects of the external world he also

experiences a change in the way the spatial world affects him. He tends to identify himself more with his body than when still in good health and unaware of his body. If his bodiliness is encroaching upon him in an alarming way, material things will recede to an unapproachable distance. This growing distance will impress an observer as a withdrawal of the patient upon himself or within his bodiliness.

The hospital patient's intentional relation towards his world also involves a change in his experience of time. Inside the hospital its stream will slow down for him, whereas at the same time all events outside the hospital will seem to pass more rapidly.

For the patient the confusion of the hospital situation is liable to increase owing to the lack of preparation for the things to come and the lack of explanation of what is happening with him and around him.

The author's phenomenological-psychological approach had its limits in certain restrictions that prevented further penetration into the general human characteristics of hospital experience. These restrictions had to do with the diversity of hospital experiences in various patients and with a diminished accessibility to this kind of research of the patient under certain conditions, perhaps crucial for his stay in hospital.

* * *

In order to arrive at a better understanding of the peculiar, ill-inhabitable world of the hospital the author next investigated the origins and development of this ancient communal institute. This historical-psychological study (5) showed that in the course of time the situation of the hospital underwent the following changes:

1. Starting as a home where the sick and the needy were lodged and looked after, the hospital first became a nursing-home and finally an institute for investigation and treatment.
2. This change was accompanied by typical modifications in the function and climate of the hospital. From a refuge for infirm people it grew via a place of exile and horror into an enforced residence, on which the patient is dependent for essential treatment. In the present-day hospital these three functions of the hospital all play a part. However, on account of the advances in medical technique and the wider diagnostical and therapeutical possibilities resulting from it, the aspect of a hospital as a place of enforced residence is more and more stressed. However, enforced hospitalisation cannot be said to be altogether equal with temporary exile, although, all the same, the patient nowadays is thereby more prone to lose touch with the world of the healthy than this was the case in the past.
3. Whereas at first the hospital, literally and figuratively, was at the centre of the community and people used to pass freely in and out through a single door, it gradually came to be situated at the periphery of the living centre. Obtaining admittance to the patient became increasingly difficult. A barrier arose between the community and the patient. More and more doors, halls and corridors were marking, like so many hurdles

within the hospital, a no-man's land where relatives and other visitors would lose their bearings.

In course of time the patient became less and less accessible. As the hospital's complexity, the technical perfection of diagnosis, treatment and nursing increased, the distance between the patient and everyday life grew likewise.

4. In former days it was the priest that was the chief contact person for ill people, who within a religious perspective were helped by him to understand the sense of suffering. At present his place is taken by the doctor, the foremost commander in the battle for recovery. The hospital became the cool, impersonal, stereotyped, sterile and neutral scene for this battle.

It was the Church that laid the nursing of the sick to heart, a long time before the State took action. At a later stage Church and State co-operated for the same purpose, a long time before science made its contribution. Finally, science came to the rescue when neither the Church nor the State were able to save the hospital from its decline.

5. Originally, internal relations within the hospital would much more resemble family structure and familial forms. These relations became less intimate and familial, thereby causing increased loneliness. To the ensuing need of contact the over-technical, under-staffed modern hospital found it difficult to respond.

6. In the various stages of the development of the hospital, woman has always played an important part, until the period of our most up-to-date hospitals.

7. Surprisingly enough, the physician did not enter upon the hospital scene until the 16th century, not until he had opened the human body. His arrival terminated the medieval period of the hospital as a "God's house" (cf. French: *hôtel-Dieu*).

8. In the Middle Ages as well as in our century the hospital presents its unmistakable image with characteristic, if widely diverging features. The decline and deterioration of the care for the hospital patient in the intervening period led, historically and psychologically, to a re-birth: the God's house laboriously developed into the clinical machinery of the modern hospital.

9. The openness of the sick ward was all the time diminishing, i.e. its intimacy and its seclusion from the interest of the healthy was ever-increasing. On entering a modern hospital, we do no longer see any patients about; they are to be found within, behind closed doors. From a scientific point of view we know a good deal more now about the whole process of being ill, but on the other hand it has become much more hidden and mysterious to the community.

All these factors will make it better understood why the uncertainty of patients and visitors has so evidently increased.

* * *

Next, the significance of the hospital for the patient was investigated by experimental-psychological means (6.). After surveying the suitable procedures the author discussed the reasons that made him choose in the present case OSGOOD's semantic differential method, also called the bi-polar profile method (6.1.).

For the purpose of the actual procedure (6.2.) OSGOOD's final series of bi-polar profiles, adapted to Dutch usage by KOUWER, were supplemented to a total number of 20 by such profiles as were considered relevant for an insight into the living-world of hospital patients. A proportional distribution of the contrasts over the three fundamental dimensions (value, intensity [= OSGOOD's potency], dynamism [= OSGOOD's activity]) was attempted at their face value.

For rating against the bi-polar profiles 20 concepts were chosen. Apart from those bearing on the world of the hospital a number of non-hospital concepts were inserted in order to serve as reference points.

After the experimental procedure has been explained, the structure of the group of subjects, and their co-operation, is reported. Over a period of three months, in a general hospital, 51 adult patients—with the exclusion of maternity cases—were selected at random from admissions and asked to participate at the time when they had spent half the average number of admittance days at that hospital.

Next, the experimental findings are marshalled and discussed (6.3.). From the material obtained the correlations were computed between the concepts across scales and subjects. The ensuing correlation matrix was subjected to a factor analysis, from which 4 factors emerged. In order of extraction size the first three corresponded to the main elements always found with the semantic differential, viz. those of evaluation, intensity and dynamism. As a fourth element a so-called nosicity factor revealed itself. As in nearly all tests in which the semantic differential is applied the sex of the subjects bore no relation to any of the factors found.

The meaning of the concepts are discussed on the basis of their variance contributions; they are differentiated in institution, person and situation concepts. The significance of the factors has also been approached through the factor scores of the semantic differential scales.

FACTOR I, the uni-polar evaluation factor, showed in the factor scores of the scales that value judgments of hospital patients are positively determined to a higher degree than is normal by the category *protective* vs. *threatening*; also, to a lesser degree, by the categories *active* vs. *passive* and *rapid* vs. *slow*. In view of similar investigations with non-hospital patients the living-world of hospitalised patients turns out to be markedly affected by these emotional values, at least in so far as anything is experienced as being either valuable or worthless (6.3.1.).

Among the *institution concepts* those denoting HOSPITAL and HOME were rated highest, "hospital" even higher than "home". In the patients' appreciation of the hospital the present experiment did not reveal any

ambivalence. In this connection the question is discussed whether this exclusively positive rating was an artefact resulting from the experimental situation (6.3.1.1.).

With regard to the *person concepts*, NURSE was rated above DOCTOR. The contrast of this hierarchy of values in hospital patients with that of hospital boards and staffs, is discussed in its consequences for patients, nurses and doctors, and their interrelationships.

The extremely low rating of HOSPITAL PATIENT is explained by the high store set by hospital patients, when expressing value judgments, to protection and drive, as well as by comparing these two situation concepts between them. When confronting the findings resulting from factor I with the so-called regression hypothesis—postulating that hospital patients are liable to relapse into a child-like attitude—the author found that the value ratings of the person concepts failed to support this hypothesis (6.3.1.2.).

Otherwise factor I, little specific anyhow, gave little information about the *situation concepts*, except on passing the night as a hospital patient. Together with BEING A BED PATIENT AT HOME the lowest ratings went to IN THE HOSPITAL AT NIGHT. The possible backgrounds of these experiences are discussed with reference to the meaning of being ill in general (6.3.1.3.).

FACTOR II, the bi-polar intensity factor, introduces a certain dichotomy between on the one hand those concepts evoking a sphere of susceptible, vulnerable intimacy, and on the other hand those belonging to the sphere of rational, matter-of-fact, manly work (6.3.2.).

Situated in this latter sphere, the HOSPITAL is revealed as an imposing place, *sombre, large, hard, and threatening*. In these respects, as contrasted with HOME, HOSPITAL showed points of resemblance with such institutes as FACTORY, OFFICE, and HOTEL, these latter being less personal and more neutrally evaluated (6.3.2.1.).

The constellation of the *person concepts* in factor II and the factor scores of the semantic differential scales are also discussed and likewise confronted with the above-mentioned regression hypothesis. In this field of susceptibility, familiarity and intimacy the hypothesis was lent support (6.3.2.2.).

In the neutral position of NURSE in the bi-polar intensity factor a reflection may be seen of her ambivalent meaning to the patient.

Of the *situation concepts* referring to the hospital only a few deserve mentioning as regards factor II, except those concerning RECEIVING VISITORS WHEN A HOSPITAL PATIENT (6.3.2.3.).

FACTOR III, the uni-polar representative of dynamism, shows how the HOSPITAL presents to its patients the greatest contrast with other communal institutions as regards its activity aspect. The factor scores of the semantic differential scales give evidence of the great similarity between the dynamism factor and the male attitude to life (6.3.3.). In this activity

dimension a resemblance between HOSPITAL and HOME becomes manifest (6.3.3.1.).

Of the *person concepts*, after HUSBAND the highest loading in factor III was taken by DOCTOR. The implication of this finding for the significance of the physician in the eyes of the patient is discussed, also with reference to the regression hypothesis, which is only partially supported. To hospital patients the activity significance of the other person concepts turns out, like the situation concepts, to be of negligible interest (6.3.3.2. and 3.).

FACTOR IV, in view of the concept factor loadings and the factor scores of the scales, is mainly associated with being ill; for that reason it has been called the nosicity factor (6.3.4.). In this nosicity dimension, too, HOSPITAL differs from the other institution concepts, if not—strangely enough—from OFFICE (6.3.4.1.).

As regards nosicity, there is a great difference between HOSPITAL PATIENT and the other person concepts. With the help of this finding, the significance of the caesura between the worlds of sick persons and of those in good health is probed into (6.3.4.2.). The general dichotomy caused in the concepts by factor IV can only be traced back unilaterally in the situation concepts.

In view of the mid-position of PHYSICAL EXAMINATION in this dichotomy the ambivalent meaning of this situation is discussed. On the basis of the excentric position of CHILD at the negative pole of factor IV the relation is considered between the nosicity dimension and the young/old, respectively birth/death continuum.

The findings resulting from the nosicity factor are confronted with the regression hypothesis. In so far as this confrontation admits of a verdict, it contradicts this theory. Accordingly, when surveying the results of the four factors we see that the hypothesis of the mental regression of hospital patients is clearly supported in one dimension only, viz. that of evaluation; it finds some support in another dimension, viz. that of intensity, but it is undermined in the two other dimensions, viz. those of activity and nosicity.

From the resultant of the factor findings it is shown that within the space of emotional significances (OSGOOD's semantic space) HOSPITAL, compared with all other institution concepts, has a location entirely of its own (6.3.4.3.).

* * *

In a concluding survey (7.) the author's three approaches to the hospital patient's living-world are confronted with each other. With the views obtained by the phenomenological, the historical-psychological, and the experimental method for a basis it is explained how these diverse procedures supplement each other and prevent the one-sidedness inherent in the use of each of them. On the one hand, the significance of the data of the experimental investigation proves to be enhanced by the phenomenological and



SUMMARY

ological approaches. On the other hand the quantifying—
ing—experiment has enabled us to verify the hypothetical
ined by phenomenological and historical-psychological
d to assess them on their mutual importance and validity.

This summary and a list of relevant publications end the present orientating study about a little-developed field of applied psychology. May the following aphorism by LICHTENBERG continue to inspire further research on hospital psychology, so that one day soon it can no longer be said of the situation of the hospitalised patient:

“I do not know whether things will improve
if there is a change. But it is certain
they’ll have to change if they
are to be all right.”